6me ANNÉE — N° 55 — JUILLET 1900.

ARCHIVES NATIONALES

DE

STOMATOLOGIE

ET

D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Organe de l'École et des Praticiens de la Province

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

Rôle des anesthésiques, par M. L. Clerc. — **Observation clinique,** par M. le Docteur CHEVRIER. — **Leçons sur l'anatomie de la bouche,** par M. le Docteur ROLLAND. — **Chronique locale :** Examens de Chirurgien-dentiste devant la Faculté de médecine. — **Université de Bordeaux :** Inscriptions et examens d'octobre-novembre 1900. — Chlorure d'éthyle.

PRIX DE L'ABONNEMENT

UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

M. Louis SEIGLE, Administrateur.

M. Lucien CLERC, Secrétaire de la Rédaction.

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

226, rue Sainte-Catherine, 226

La direction générale des études est basée sur le programme qui forme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1893. La scolarité est de trois ans.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés ; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

CLINIQUE DENTAIRE DU MATIN

Par MM. les Professeurs :

LUNDI : **PHÉLIPEAU,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Professeur adjoint.
Chef de Clinique : M. DELAGE-DAMON, chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.
M. FAYOUX, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, professeur libre.

M. MORTUREUX, démonstrateur.

MARDI : **SEIGLE** aîné, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Chef de Clinique : CAYROL, chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.

M. PEYRE, démonstrateur.

MERCREDI : **BRUGEILLE,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Docteur en Chirurgie dentaire, du Maryland.

M. DEHILOTTE, démonstrateur.

JEUDI : Dr **ROLLAND.**
Chef de Clinique : M. CLERC, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Lauréat de l'Ecole.

MM. FICHOT, CHEVRIER, démonstrateurs.

VENDREDI : **OUBRERIE,** professeur adjoint, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux

BELLOTEAU, DELBÈS, démonstrateurs.

SAMEDI : **MARRONNEAU,** Chirurgien-dentiste, Professeur adjoint.
DAIGRE, démonstrateur.

A la Clinique du matin est attaché M. **LASSAQUE,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Chef des travaux de Dentisterie, Surveillant général de l'Ecole.

TRAVAUX PRATIQUES DE MÉCANIQUE ET DE PROTHÈSE DENTAIRES

LUNDI	M. PEYRE. } Démonstrateurs.
MARDI.	M. DUPRAT. } Démonstrateurs.
MERCREDI	M. **CHARBONNEAU,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, professeur-adjoint.
JEUDI	M. **MONTIGNAC.**
VENDREDI	M. **SEIGLE,** Chirurgien-dentiste, professeur.
SAMEDI	M. DUPRAT, démonstrateur.

COURS THÉORIQUES DU SOIR

Professés à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

SEMESTRE D'ÉTÉ

LUNDI	Dr **DUMUR** Ancien chef de clinique médicale, Médecin des hôpitaux.	**Pathologie interne**	8 heures	Faculté
MARDI	**Louis SEIGLE** Chirurgien-dent.	**Prothèse théorique**	8 heures	Faculté
	Dr **PRINCETEAU** Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux.	**Anatomie générale**	8 h. 3/4	Faculté
MERCREDI	Dr **ROLLAND** Directeur de l'Ecole	**Anesthésie**	4 heures	Ecole
	Dr **PEYTOUREAU** Docteur en médecine, docteur ès-sciences.	**Thérapeutique**		
JEUDI	**DENOYER** chirurgien-dentiste	**Conférence**	6 heures	Ecole
VENDREDI	**OUBRERIE** chirurgien-dentiste	**Conférence**	4 heures	Ecole
	Dr SIGALAS agrégé à la Faculté de Médecine	**Physique**	8 h. 1/2	St-Raphaël
SAMEDI	Dr **FROMAGET** Ex-chef de clinique à la Faculté.	**Pathologie externe**	5 heures	Ecole
	Dr SABRAZÈS Agrégé à la Faculté de médecine.	**Bacteriologie.**	8 h. 1/2	Faculté

AVIS IMPORTANT

Nous avons l'honneur d'informer nos Lecteurs que toutes les communications et tous les renseignements concernant les ARCHIVES NATIONALES DE STOMATOLOGIE ET D'ART DENTAIRE, devront être adressées chez M. LUCIEN CLERC, Secrétaire de la Rédaction, 115, Cours d'Alsace-Lorraine.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

Rôle des anesthésiques, par M. L. CLERC. — **Observation clinique,** par M. CHEVRIER. — **Leçons sur l'anatomie de la bouche ,** par M. le Docteur ROLLAND. — **Chronique locale :** Examens de Chirurgiens-dentistes devant la Faculte de médecine. — **Université de Bordeaux :** Inscriptions et examens d'octobre-novembre 1900. — Chlorure d'éthyle.

ROLE DES ANESTHÉSIQUES

dans les caries du troisième degré.

(8e Article)

La pâte Fayoux.

M. Fayoux, en donnant à la thérapeutique dentaire un nouveau produit permettant aux Chirurgiens-dentistes l'obturation d'emblée d'une dent atteinte de carie du troisième et même du quatrième degré, a également augmenté la liste des anesthésiques des caries dentaires.

Nous pouvons remarquer en lisant son article du mois de septembre 1899, que son Rénovateur agit 1° comme analgésique de la dentine douloureuse; 2° comme analgésique de la pulpe.

Comme nous le savons déjà, le produit n'est pas universel, et ce n'est pas le même qui agit pour tous les degrés de caries.

Le Rénovateur est contenu dans deux flacons; dans le premier (flacon n° 1), se trouve la pâte employée pour les caries du second degré; c'est donc la pâte n° 1 qui agit comme anesthésique; quand au flacon n° 2, il contient la pâte antiseptique employée dans les caries du troisième et du quatrième degré.

Au point de vue chimique, nous n'avons rien a dire, voulant

laisser à M. Fayoux le soin de nous dévoiler son secret lorsqu'il croira le moment opportun.

Eclaircissons par l'expérience le premier point. Quelle est la valeur et comment agit sur la dentine la pâte N° 1.

Dans les caries douloureuses de la dentine nous ferons un pansement de pâte, que nous recouvrirons généralement de gutta. Voici quelques unes des observations que nous avons prises à l'Ecole et Clinique Dentaires de Bordeaux.

OBSERVATION I

M. R., 27 ans, forgeron.

Carie du deuxième degré de la canine supérieure gauche.

Douleurs à la palpation; le curettage de la carie est impossible tant la douleur est grande. Nous appliquons un pansement de pâte, et nous recommandons à notre malade de revenir le lendemain, toutes les précautions indiquées par l'innovateur lui même du produit ont été suivies textuellement.

Le lendemain, le malade revient et nous déclare avoir légèrement souffert pendant la journée; nous pouvons à l'aide de la curette enlever la dentine cariée, mais voulant faire une aurification, nous essayons de faire les points de rétention nécessaires à l'aide de la fraise; mais nous sommes vivement arrêtés par les douleurs accusées par le patient; nous faisons un nouveau pansement avec la même pâte. Même résultat le lendemain, nous devons nous borner à l'obturation de la carie par un ciment.

OBSERVATION II

Mme D., carie pénétrante du deuxième degré de l'incisive latérale supérieure gauche. Douleurs assez violentes. Pansement à la pâte Fayoux. Résultat très bon. Nettoyage et obturation définitive de la carie le lendemain du pansement.

OBSERVATION III

Mme C., 28 ans, domestique.

Carie de la 1e P. M. I. D. Deuxième degré. Douleurs à la palpation. Pansement au Rénovateur. Résultat bon, nettoyage et obturation de la carie le lendemain du pansement; cependant la malade déclare avoir ressenti quelques douleurs le jour du pansement.

OBSERVATION IV

Mlle M., 12 ans.

Carie de la face triturante de la 1re G. M. I. G. Deuxième degré avancé. Douleurs fréquentes. La malade est atteinte de tuberculose. Pansements fréquents de Rénovateur, résultat nul; nous devons avoir recours au chlorydrate de morphine.

OBSERVATION V

M. D., 22 ans, militaire.

Carie du deuxième degré de la 2e P. M. S. G. face antérieure. Douleurs assez intenses à la palpation. Pansement au Rénovateur; le lendemain toute trace de douleur a disparue et nous pouvons fraiser notre carie et aurifier d'emblée la dent. Le malade déclare avoir souffert environ une heure après le pansement.

OBSERVATION VI

M. S., 37 ans, rémouleur.

Carie du deuxième degré de la 2e G. M. S. D. Douleurs au toucher. Pansement de Rénovateur. Curettage et obturation définitive de la carie. Pas de douleurs le jour du pansement.

La pâte Fayoux dans les caries du troisième degré.

Supprimer l'emploi de l'acide arsénieux par le Rénovateur No 2 serait là un des plus beaux rêves du Chirurgien-dentiste car l'acide arsénieux est un caustique très puissant ayant une action efficace sur la pulpe; mais malheureusement cette action ne se borne seulement pas au bulbe dentaire, d'ailleurs nos lecteurs pourront lire plus loin quelques observations concernant les inconvénients de l'acide arsénieux.

Nous avons donc expérimenté le Rénovateur No 2 sur les pulpes dentaires mises à nu.

Maintenant, nous devons ici nous arrêter un peu et faire deux séries bien spéciales des caries avec dénudation de la pulpe, nous en avons déjà parlé préalablement, et nous avons fait une distinction entre le troisième degré accidentel, c'est-à-dire celui produit par l'opérateur lui-même, et deuxièmement le troisième degré naturel qui n'est autre que la progression plus ou moins lente du deuxième degré.

Nous avons vu, dans le premier cas, que le coiffage de la pulpe, était une des médications les plus employées et nous croyons pouvoir dire que c'est là le triomphe du Rénovateur Fayoux; en effet, quelle est l'action qui doit se produire, c'est

une action de momification de la pulpe, tous les Chirurgiens-dentistes connaissent la pâte d'iodoforme et d'oxyde de zinc employée pour cet usage; cette pâte est donc suppléée de nos jours par le Rénovateur nº 2, les quelques observations prises à ce sujet, prouvent bien en effet l'efficacité du nouveau produit.

Moins efficace est l'action du Rénovateur Fayoux dans les caries du troisième degré naturel, car en effet, il y a, d'abord une congestion naturelle de la pulpe, et il y a également un milieu microbien, car pour peu que le troisième degré soit avancé, il y a immédiatement présence de microbes, ces derniers sont sur la pulpe, et certe, ils ne lâcheront pas facilement leur proie, car là, ils vivent et se fortifient, ils y établissent leur demeure; alors, la médication devra d'abord porter sur la décongestion de la pulpe, et ensuite sur la destruction microbienne; dans nos différentes observations ce double résultat a été obtenu, mais nous ne devons pas manquer de dire que quelquefois, nous avons dû renoncer à la nouvelle méthode, détruire la pulpe et nettoyer les canaux.

Comme antiseptique des canaux, la pâte Fayoux nous a donné d'excellents résultats, mais pour cela, nous avons été souvent obligés d'enlever les moyens d'existence des microbes c'est-à-dire la pulpe. Certainement les microbes pourront vivre dans la dent n'ayant pas de pulpe, mais leur force et leur énergie seront moins grande, et plus facile en sera la destruction.

OBSERVATION I

Mme D., 32 ans, couturière.

Carie accidentelle du troisième degré de la 2e P. M. S. D. Douleurs intenses lors de la perforation de la chambre pulpaire. Application de Rénovateur Nº 2. (Obturation au ciment). Les douleurs persistent pendant quelques heures après l'application. Résultat très bon, la malade n'a plus rien ressenti, la dent est dans un état d'insensibilisation parfaite.

OBSERVATION II

M. S., 33 ans, chauffeur.

Carie du troisième degré de l'incisive centrale supérieure gauche. Douleurs violentes, application de Rénovateur, après nettoyage de la cavité, obturation; le malade revient nous trouver le lendemain, il souffre énormément, ne voulant pas enlever l'obturation, et voulant persister, nous faisons un simple badi-

geonnage de la gencive à la teinture d'iode, mais le surlendemain, le malade revient à nous et nous devons enlever l'obturation, nous faisons alors un pansement d'acide arsénieux, après l'extraction de la pulpe nous bourrons le canal dentaire avec du Rénovateur, le résultat est alors excellent, car depuis nous avons revu le patient qui est très satisfait de sa dent.

OBSERVATION III

M[lle] A., 22 ans.

Carie du troisième degré de la 1[re] G. M. I. D. Même tentative que la précédente, même résultat. Destruction de la pulpe, obturation des canaux au Rénovateur. Plus de sensibilité.

OBSERVATION IV

M. H., 27 ans, cocher.

Carie du troisième degré de la canine supérieure gauche. Obturation immédiate avec application de Rénovateur. Résultat très bon, aucune douleur le lendemain, cependant notre malade déclare avoir souffert pendant quelques heures le jour de l'obturation.

OBSERVATION V

M. C., 45 ans.

Pulpite de la 2[e] P. M. I. D. Obturation immédiate avec application de pâte Fayoux, nous devons enlever l'obturation et détruire la pulpe.

En résumé nous devons rendre hommage à M. Fayoux, car son Rénovateur rend et est appelé à rendre de très grands services à la dentisterie; en effet, il simplifie de beaucoup notre technique. Pour les caries douloureuses du deuxième degré, son action analgésiante est réelle et bienfaitrice, si dans les troisièmes degrés la pulpe n'est pas complètement mortifiée, nous pouvons tout au moins obturer immédiatement après sa destruction; or, nous devons être satisfaits de ce résultat, car nous savons combien était autrefois long le traitement de ces caries. Donc, nous pouvons dire que le Rénovateur N° 1 est un analgésique de la dentine, et que le N° 2 est un puissant antiseptique, mais son action analgésiante de la pulpe est discutable.

Et terminons en disant que c'est l'antiseptique idéal des caries du quatrième degré.

(A suivre)

LUCIEN CLERC,
Chirurgien-dentiste. — Chef de clinique.

OBSERVATION CLINIQUE

Un cas d'hypertrophie de la gencive

C'est à la clinique anesthésique du jeudi 5 avril, que se présente à nous une femme habitant les environs de Bordeaux, et voici ce que nous observons :

Elle a 43 ans, est mariée, et a deux enfants. Dans sa jeunesse, elle jouissait d'une excellente santé ; puis, peu à peu, par négligence, elle a successivement perdu toutes ses dents. Il ne lui en reste plus une seule. Le rebord gingival ne sertit plus que des racines plus ou moins chancelantes. La nutrition devenue insuffisante se traduit par un état de maigreur et un nervosisme trés accusé. Son mari se porte très bien ainsi que ses enfants. Pas d'antécédents héréditaires. Ses parents sont des vieillards encore agiles.

Elle se plaint d'une tumeur dans la bouche, qui, non seulement la gêne mais encore est douloureuse depuis quelques jours.

Nous la questionnons sur le début de l'affection qu'elle nous dit remonter à quatre mois. Tout d'abord ce ne fut qu'une petite proéminence charnue située sur le bord de la gencive; insensiblement elle prit la grosseur d'une lentille; aujourd'hui elle atteint la grosseur d'un bel œuf de pigeon. L'évolution s'est faite sans douleur et sans hémorragie.

Actuellement, elle sent dans la bouche une masse qui grossit de jour en jour et qui la gêne considérablement. Cette tumeur détermine une très légère asymétrie de la face qui pourrait être plus prononcée si les dents de la mâchoire inférieure la repoussaient dans le vestibule de la bouche. La mastication est fortement gênée, l'haleine est fétide.

Nous procédons alors à l'examen de la bouche.

Dès qu'avec le miroir nous écartons la joue droite nous apercevons une masse mamelonnée, insensible, d'une couleur rosée, absolument semblable au reste de la gencive, présentant du côté labial une ulcération superficielle et assez étendue, occasionnée par les frottements répétés de la joue. (La douleur que la patiente accuse depuis quelques jours vient du reste de là).

Cette tumeur est pendante à la mâchoire supérieure au niveau des prémolaires droites.

A l'aide d'une sonde mousse, nous cherchons à délimiter la tumeur et à déterminer ses points d'implantation, et nous constatons qu'au niveau de la tumeur, comme pour la bouche entière, il ne reste que les racines des prémolaires recouvertes entièrement par la tumeur. La sonde nous permet de reconnaître, encore vers le tiers supérieur de la masse mamelonnée, un sillon dans lequel elle pénètre, semblant indiquer l'accolement d'une tumeur plus petite qui se serait peu développée sur une autre tumeur plus grosse, celle-ci étant seule supportée par un pédicule dont nous avons recherché le point d'implantation. Malgré le peu de longueur du pédicule et gênés par conséquent par la tumeur, nous avons cru reconnaître que le pédicule émergeait d'un point assez profond de l'espace compris entre les deux prémolaires.

A quelle variété de tumeur avons nous affaire? Est-ce un épulis ou de la gingivite chronique?

Les gingivites chroniques sont *fongueuses* ou *hypertrophiques*.

Dans la gingivite fongueuse la muqueuse est épaissie; sa couleur est rouge sombre; sa surface est granuleuse avec végétations mamelonnées d'où coule un suintement purulent. Enfin, elle est molle, dépressible, indolore ou presque, saignante au moindre contact.

Dans la gingivite hypertrophique, la muqueuse est également épaissie, mais où la différence devient marquée, c'est de sa forme qui présente celle d'un bourrelet irrégulier, à rebords pâles ; il est résistant; c'est qu'en effet, il y a hypergénèse des tissus de la trame.

Quelles sont les causes de ces gingivites ? Ce sont la plupart du temps les suites d'une gingivite simple ou bien encore d'une gingivite chronique fongueuse ou ulcéreuse, lesquelles reconnaissent elles-mêmes pour causes : la malpropreté, le manque d'hygiène de la bouche, le tartre, les chicots, etc.

Pour établir le diagnostic, nous allons successivement passer en revue brièvement les différentes tumeurs des maxillaires.

Tout d'abord, nous éliminerons les angiomes qui sont des tumeurs érectiles, bourgeonnantes, violacées, molles, facilement saignantes, compressibles, quelquefois réductibles. Nous ne reconnaissons pour le cas présent aucun de ces signes.

Nous répéterons également l'épithélioma qui est à tendance ulcéreuse, végétative, envahissante ; il est douloureux et présente de bonne heure un envahissement ganglionnaire. Or, ici, nous n'avons pas de douleur, pas d'ulcération particulière à l'épithélioma ; la tumeur a mis 4 ans à évoluer, enfin aucun ganglion n'est pris.

Reste l'épulis. Mais encore, dans cette catégorie, à quelle variété avons-nous affaire ?

a. Le fibrome ? Il est rare et la tumeur quoique assez dure serait plus arrondie.

b. Les sarcomes, où mieux l'ostéosarcome à myéloplaxes, car c'est celui que l'on rencontre le plus souvent, pur où mélangé au sarcome globocellulaire ou fusocellulaire. Dans le cas l'ostéosarcome a myéloplaxes la tumeur serait moins dûre et aurait une teinte violacée ; elle serait au contraire plus rouge s'il s'agissait d'un sarcome globo où fusocellulaire.

En résumé nous sommes en présence d'une tumeur double à insertion interalvéolaire pédiculée, n'ayant pas occasionné la chute des dents contigües. La consistance uniforme de la tumeur, sa coloration se rapprochant de celle de la gencive, peuvent faire supposer ou une gingivite chronique hypertrophique ou un épulis a variété fibrosarcomateuse. Nous penchons pour la première hypothèse à cause de la coloration de la tumeur et de sa consistance. L'ablation au thermocautère n'a donné que très peu de sang ; l'ablation des épulis donne davantage. La douleur a été nulle ou a peu près.

Enfin, d'autre part, l'épulis affecte surtout la mâchoire inférieure et se montre surtout de 20 à 35 ans. Passé ce temps il est assez rare.

Pour ces différentes raisons, nous sommes portés à croire que nous avons là un cas de gingivite hypertrophique.

Le pronostic de cette tumeur est bénin.

Quant au traitement, comme il y a une tendance à l'accroissement, une gêne apportée à la mastication et la menace d'accidents infectieux, sans oublier le doute qui peut toujours exister dans l'esprit sur la nature de la prolifération, le chirurgien doit pratiquer une intervention large et radicale soit au tour en se servant d'une fraise coupante et stérilisée, soit à la gouge et au marteau, soit au bistouri ou enfin à l'aide du thermocautère,

mais toujours *larga manu*, car, d'après les statistiques de M. Cerny, on observe 3 récidives sur 18.

C'est ce qui a été fait devant nous par M. le Docteur Dutour, Chirurgien-dentiste. Sans avoir recours au chloroforme ou à la cocaïne, il a opéré en une seule séance. La masse enlevée au thermocautère, il a extrait les racines des prémolaires et la cloison les séparant ; après quoi, il a largement et profondément cautérisé.

Enfin, nous avons prescrit les soins d'antiseptie habituels, c'est-à-dire de fréquents bains de bouche avec une solution astringeante, analgésique et antiseptique, et dans le cas d'hémorragie, une solution concentrée d'antipyrine.

Notre observation s'arrête là, mais nous la poursuivrons, prêts à signaler ce qui pourra survenir dans la suite.

J. S. Chevrier.

Chirurgien-dentiste.



LEÇONS SUR L'ANATOMIE DE LA BOUCHE

Professées par le Docteur G. ROLLAND

8[e] LEÇON

PAROI SUPÉRIEURE DE LA BOUCHE

RÉGION PALATINE. — VOUTE PALATINE

MESSIEURS,

Notre étude va devenir plus intéressante, car nous touchons à la partie topographique de nos descriptions ; il faut nous occuper des parois de la cavité buccale.

Comme vous le savez, la cavité buccale présente six parois plus ou moins complètes, et nous allons traiter de la paroi supérieure qui porte le nom de *région palatine*.

Définition.

La région palatine se compose de deux parties distinctes :

Une partie antérieure à base osseuse : voûte palatine ;
Une partie postérieure molle : voile du Palais.

On les désigne encore sous le nom de :

Portion dure } du palais.
Portion molle }

PORTION DURE OU VOUTE PALATINE

Situation.

Elle est placée entre la cavité buccale et la cavité nasale où elle fait office de cloison.

Forme générale et limites.

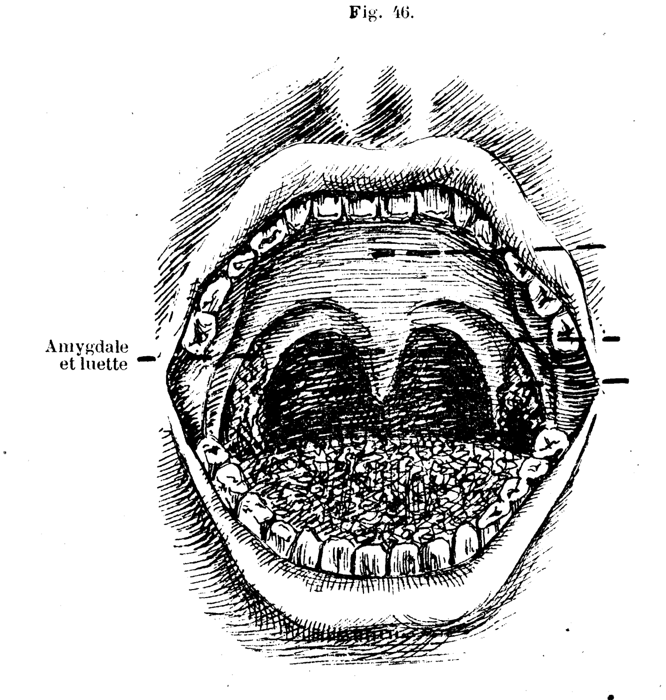
C'est une sorte de voûte parabolique que limitent en avant et de chaque côté les arcades dentaires et qui se continue en arrière avec le voile du palais sans ligne de démarcation bien tranchée.

Cette forme est variable suivant qu'on considère la voûte palatine avec ou sans la muqueuse palatine.

Sur le squelette, elle représente une sorte de plateau horizontal supporté par des piliers verticaux qui sont des arcades alvéolo-dentaires;

A l'état frais chez le vivant, les angles formés par la rencontre du plateau horizontal et des piliers verticaux sont comblés par la membrane muqueuse qui présente une épaisseur beaucoup plus grande en ce point que sur la partie moyenne.

Fig. 46.



Aspect de la voute palatine.

Dimensions.

La hauteur de la voûte, c'est-à-dire la perpendiculaire abaissée du sommet de cette voûte palatine sur un plan horizontal passant au-dessous des dents est en général de un centimètre et demi à deux sur des sujets bien conformés. Mais cette hauteur peut atteindre des dimensions beaucoup plus grandes. En effet, au lieu de former un plein cintre, la voûte palatine forme chez eux une ogive, en sorte que la ligne médiane antéro-postérieure de la voûte est la partie culminante où se réunissent deux plans inclinés allant rejoindre les arcades dentaires. C'est un angle plus ou moins aigu ouvert en bas.

Les voûtes palatines en ogive sont nécessairement rétrécies dans le sens transversal et ceci donne lieu à du prognathisme. Nous en avons déjà parlé. Alors les arcades dentaires, comme vous le savez, ne se correspondent plus; les incisives supérieures font en avant des inférieures, une saillie qui repousse la lèvre en avant, saillie d'autant plus disgracieuse que, chez ces sujets la lèvre en général est plus courte qu'à l'état normal.

Dans sa forme générale, la voûte palatine est concave dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur. Sa partie la plus large est en arrière à son union avec le voile du palais et sa partie la plus étroite en avant.

Les dimensions dans tout les sens, longueur et largeur, sont à peu près égales, chez les individus bien conformés, où elles sont de quatre ou cinq centimètres. Il n'en est pas ainsi des couches ogivales où le diamètre antéro-postérieur l'emporte.

Structure.

C'est une cloison osseuse séparant la cavité buccale de la cavité nasale, cloison tapissée par la muqueuse pituitaire du côté des fosses nasales et par la muqueuse palatine du côté de la bouche.

Nous allons donc du haut en bas décrire ces divers éléments.

Paroi supérieure ou squelette osseux;
Paroi inférieure ou muqueuse palatine.

La paroi supérieure.

Est tapissée par la muqueuse pituitaire, elle n'entre pas dans notre description.

Squelette de la voûte palatine.

Il est formé par la réunion des deux apophyses palatines du maxillaire supérieur et de la portion horizontale des deux palatines.

Dans la fissure que font ces quatre éléments osseux s'insinue le bord inférieur mince et long du vomer. C'est en ce point qu'est la solution du problème anatomique fort goûté autrefois : quelle est le point du corps où l'on peut toucher cinq os à la fois avec la pointe d'une aiguille?

Fort T. I P. 441. Fig. 251, agrandie 2 fois 1/2.

Le bord antérieur du vomer s'articule en haut avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. C'est donc une colonne osseuse qui vient soutenir en son milieu la voûte palatine plus épaisse en avant qu'en arrière.

Cruveilhier T. I. Fig. 88, p. 124., à la périphérie.

La voûte palatine est donc soutenue par la ceinture osseuse que lui font les os dont elle émane, maxillaire supérieur, palatin et en arrière par les apophyses ptérygoïdes et à son centre par la colonne que forment l'ethmoïde et le vomer réunis.

La face supérieure ou pituitaire est lisse.

La face inférieure est rugueuse, inégale ; elle présente des saillies et des dépressions pour loger des glandules et favoriser l'adhérence de la muqueuse, elle présente aussi des orifices correspondant à des vaisseaux. Parmi les saillies nous ne signalerons que pour mémoire cette saillie médiane que Chassaignac nommait *exostose-médio-palatine*, et désignait à tort comme un symptôme important de syphilis tertiaire.

Parmi les nombreux trous où passent des vaisseaux et des nerfs, trois sont importants :

1° Le trou palatin antérieur donnant passage à l'artère palatine antérieure et au nerf sphéno-palatin.

2° Les trous palatins postérieurs d'où sortent les vaisseaux palatins postérieurs.

PAROI INFÉRIEURE
MUQUEUSE PALATINE ET GINGIVALE

Dans la description de la région, la muqueuse palatine est celle qui nous intéresse le plus.

Si l'on examine la voûte muqueuse parabolique que présente cette muqueuse blanchâtre ou blanc rosé, on voit qu'elle est divisée au milieu par une sorte de raphé. Commencant en avant à un tubercule siégeant au niveau de l'orifice inférieur du canal palatin antérieur et se dirigeant vers la partie postérieure, vers le voile du palais. De chaque côté de ce raphé et principalement en avant sont des saillies et des dépressions transversales plus ou moins marquées suivant les sujets, suivant les espèces ancinales et que les Chirurgiens-dentistes appellent des papilles. Ce sont ces saillies et ces dépressions dont il importe de prendre exactement l'empreinte pour constituer un appareil de prothèse dentaire qui se moule bien sur la voûte palatine.

Cette muqueuse a des adhérences intimes avec le squelette de la palatine dont elle constitue le périoste, et cependant elle présente une résistance propre qui permet de la dérober et d'en faire de vastes lambeaux.

C'est une fibro muqueuse dont l'épaisseur est variable suivant les points ou on la considère.

Tillaux, Fig. 99.

(à suivre) Dr ROLLAND.



CHRONIQUE LOCALE

Examens de Chirurgiens dentistes devant la Faculté de médecine.

Après de brillants examens subis devant les Jurys de la Faculté de Médecine de Bordeaux, ont obtenus le diplôme de Chirurgiens-dentistes : MM. Belloteau, Chevrier, Descamps, Duprat, Gleize, Huron, Mme Rousseau.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

Inscriptions et examens d'octobre-novembre 1900

Inscriptions. — Les régistres d'inscriptions seront ouverts de 10 heures à midi, du 22 octobre au 5 novembre pour les Etudiants en Médecine, et du 2 au 15 novembre pour les Etudiants en Pharmacie.

Consignations. — Les régistres des consignations seront ouverts de 10 heures à midi, à partir du Jeudi 11 octobre pour les candidats aux examens probatoires de pharmacie, et à partir du Mardi 16 octobre pour tous les autres examens.

Examens de Médecine. — Les examens de Médecine commenceront le Lundi 5 novembre.

Les soutenances de Thèses auront lieu à partir du Mercredi 14 novembre.

Les registres des consignations seront clos le Mercredi 7 novembre, à midi, pour le 1er examen de doctorat de la session de Novembre-Décembre et pour les examens de fin d'année des Officiers de Santé.

Examens de Pharmacie. — Les régistres des consignations seront clos :

Le 17 octobre pour les examens probatoires, qui commenceront le 22 octobre ;

Le 31 octobre pour les examens de fin d'année, qui commenceront vers le 5 novembre ;

Le 30 octobre pour les examens de validation de stage, qui commenceront vers le 5 novembre.

Examens des Chirurgiens-Dentistes, Sages-Femmes et Herboristes. — Les registres des consignations seront clos :

Le 12 novembre pour les examens de Chirurgien-Dentiste, qui commenceront vers le 19 novembre ;

Le 5 novembre pour les examens de Sages-Femmes, qui commenceront vers le 12 novembre ;

Le 18 octobre pour les examens d'Herboristes, qui auront lieu vers la fin d'octobre.

Etudiants appelés sous les drapeaux. — Les étudiants appelés en Novembre à accomplir leur service militaire sont invités à en informer le Doyen par écrit. — Ceux d'entre eux qui auraient un examen à subir avant leur incorporation devront consigner dès l'ouverture des registres, en faisant connaître, par une note adressée au Secrétariat, la date probable de leur appel sous les drapeaux.

Date de l'ouverture des cours. — La séance de rentrée de la Faculté est fixée au Samedi 3 novembre, à 4 heures.

Les cours commenceront le Lundi 5 novembre.

Stage hospitalier des Etudiants en Médecine. — Le stage hospitalier commence le 1er novembre. La répartition des élèves dans les différents services aura lieu au Secrétariat de la Faculté, aux dates ci-après :

1re Année : 24 octobre, de 8 heures à 10 heures du matin ;
2me Année : 25 octobre, de 8 heures à 10 heures du matin ;
3me Année : 26 octobre, de 8 heures à 10 heures du matin ;
4me Année : 27 octobre, de 8 heures à 10 heures du matin ;

et les Lundi 29 octobre, Mardi 30 octobre, Samedi 3 novembre, de 10 heures à midi.

MM. les Etudiants seront inscrits à mesure qu'ils se présenteront, dans la limite des places disponibles dans chaque service.

(*Délibération du Conseil de la Faculté* en date du 12 juillet 1900.)

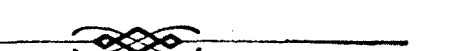
Chlorure d'Ethyle.

Nos lecteurs pourront lire dans le bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le rapport fait au siège de la Société le vendredi 20 juillet, par M. le Docteur Rolland et M. Lucien Clerc, sur le Chlorure d'Ethyle en anesthésie générale.

Bordeaux. — Imprimerie des 4 Frères, rue Mondenard, 82.

TRIBUNE PROFESSIONNELLE GRATUITE

Ouverte à MM. les Chirurgiens-Dentistes



Pour cause de santé, petit cabinet à céder, à 50 kil. de Bordeaux, avec matériel. Affaire : 5 à 6.000 fr. Prix : 3000 fr. comptant. S'adresser à M. Charbonneau, 69, rue de la Devise.

Un bon cabinet sis Cours Saint-Jean, 60, et faisant 12.000 fr. par an. est mis en vente pour cause de décès. S'adresser 60, cours Saint-Jean, Bordeaux.

Jeune Chirurgien-dentiste diplômé, ancien démonstrateur et chef de clinique à l'Ecole dentaire de Bordeaux, demanderait une place d'opérateur ou de gérant. S'adresser à M. Cayrol, 28, rue Labirat, Bordeaux.

Mécanicien-dentiste, connaissant très bien la prothèse, demanderait place de mécanicien, soit à Bordeaux ou aux environs. S'adresser au Bureau du Journal.

A vendre pour se retirer un cabinet dentaire situé dans une grande ville du midi, de plus de 400,000 habitants et dans une des plus belles rues du centre, cabinet existant depuis près de 30 ans. Bonne clientèle attitrée payant bien, sans compter le casuel. — 17,000 francs d'affaires. — Prix comptant : 15,000 francs ou 17,000 francs comme suit : 10,000 au comptant et 7,000 payables en 2 mois. — S'adresser à M. Gabriel Koch, Chirurgien-dentiste, rue de Rome, 96, (Marseille).

TRÈS PRESSÉ. — A céder, pour cause de maladie, un cabinet dentaire situé dans une ville du Midi de 30.000 habitants, pour la valeur du matériel d'exploitation. Prix demandé : 3000 fr. comptant. Bonne clientèle payant bien. Pays vignoble riche. — Excellente affaire pour un célibataire désirant faire un beau mariage. — S'adresser à l'Institut dentaire, 5, rue de la Poste, à Toulouse.

Bonne et ancienne Pharmacie. bien située, dans chef-lieu de canton de l'arrondissement de Cognac, à vendre, bonnes conditions. S'adresser bureau du journal.

On demande pour tenir une succursale en province, un opérateur mécanicien patenté. Cabinet à acquérir dans un an ou deux, sans argent. S'adresser à **M. Périé,** 51, boulevard Montparnasse, Paris.

Pour cause de décès On demande un bon opérateur et mécanicien américain ou anglais, pour continuer un cabinet de premier ordre. Grande clientèle, situation exceptionnelle. — Appointements fixes et intéressé dans les affaires. S'adresser à Mme Bernard-Mœller, 18, Boulevard Seguin (Oran, Algérie.